

上部内視鏡検査

総合東京病院 診療情報提供書

FAX:03-3387-5417

地域連携室直通

紹介先 〒165-8906 東京都中野区江古田3-15-2
医療法人財団 健貢会 総合東京病院
医療連携支援センター
TEL:03-3387-5444(地域連携室直通)
TEL:03-3387-5421(病院代表)

検査予約日	年 月 日 ()
	AM 時 分

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	M・F	年 月 日 (歳)
住所	〒	電話	

病名				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 経口上部消化管内視鏡		<input type="checkbox"/> 経鼻上部消化管内視鏡	
検査理由	<input type="checkbox"/> 二次検査 <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/> スクリーニング	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 貧血
経過	(特記があれば)			

感染症	<input type="checkbox"/> 未検 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (HBs ・ HBc ・ 梅毒反応)
鎮静	鎮静内視鏡を … <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※鎮静の方は原則経口検査となります。 ※ドルミカム・オピスタン等の使用禁忌があれば使用できません。
抗血栓薬	<input type="checkbox"/> 内服していない <input type="checkbox"/> 観察のみで可・中止せず <input type="checkbox"/> 中止 月 日 (バファリン ・ パナルジン ・ ワーファリン ・ プラビックス 他())

●検査結果は2週間前後でご報告します。(生検を行った場合、病理検査結果を添えて、郵送しますので少しお時間を頂くことをご了承下さい。)

検査結果で治療が必要となった場合 … ご紹介元で治療する 総合東京病院で治療する

●ご予約後、『上部消化管内視鏡検査説明書』『同意書』を当日までに患者様にかかわらず確認ご署名くださるようお願いください。

●当情報提供書の2枚目『貴院 控え』以外を当日かかわらずお持ちください。

紹介元医療機関 (所在地・名称・TEL・FAX)	依頼年月日: 年 月 日
TEL:	診療科名
FAX:	医師氏名

上部内視鏡検査

総合東京病院 診療情報提供書

FAX:03-3387-5417

地域連携室直通

紹介先 〒165-8906 東京都中野区江古田3-15-2
医療法人財団 健国会 総合東京病院
医療連携支援センター
TEL:03-3387-5444(地域連携室直通)
TEL:03-3387-5421(病院代表)

検査予約日	年 月 日 ()
	AM 時 分

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	M・F	年 月 日 (歳)
住所	〒	電話	

病名				
紹介目的	<input type="checkbox"/> 経口上部消化管内視鏡		<input type="checkbox"/> 経鼻上部消化管内視鏡	
検査理由	<input type="checkbox"/> 二次検査 <input type="checkbox"/> その他(<input type="checkbox"/> スクリーニング	<input type="checkbox"/> 経過観察	<input type="checkbox"/> 胸やけ <input type="checkbox"/> 貧血
経過	(特記があれば)			

感染症	<input type="checkbox"/> 未検 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (HBs ・ HBc ・ 梅毒反応)
鎮静	鎮静内視鏡を … <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※鎮静の方は原則経口検査となります。 ※ドルミカム・オピスタン等の使用禁忌があれば使用できません。
抗血栓薬	<input type="checkbox"/> 内服していない <input type="checkbox"/> 観察のみで可・中止せず <input type="checkbox"/> 中止 月 日 (バファリン ・ パナルジン ・ ワーファリン ・ プラビックス 他())

●検査結果は2週間前後でご報告します。(生検を行った場合、病理検査結果を添えて、郵送しますので少しお時間を頂くことをご了承下さい。)

検査結果で治療が必要となった場合 … ご紹介元で治療する 総合東京病院で治療する

●ご予約後、『上部消化管内視鏡検査説明書』『同意書』を当日までに患者様にならず確認ご署名くださるようお願いください。

●当情報提供書の2枚目『貴院 控え』以外を当日かならずお持ちください。

紹介元医療機関 (所在地・名称・TEL・FAX)	依頼年月日: 年 月 日
TEL:	診療科名
FAX:	医師氏名

上部内視鏡検査

総合東京病院 診療情報提供書(患者様控)

FAX:03-3387-5417

地域連携室直通

紹介先 〒165-8906 東京都中野区江古田3-15-2
 医療法人財団 健貢会 総合東京病院
 医療連携支援センター
 TEL:03-3387-5444(地域連携室直通)
 TEL:03-3387-5421(病院代表)

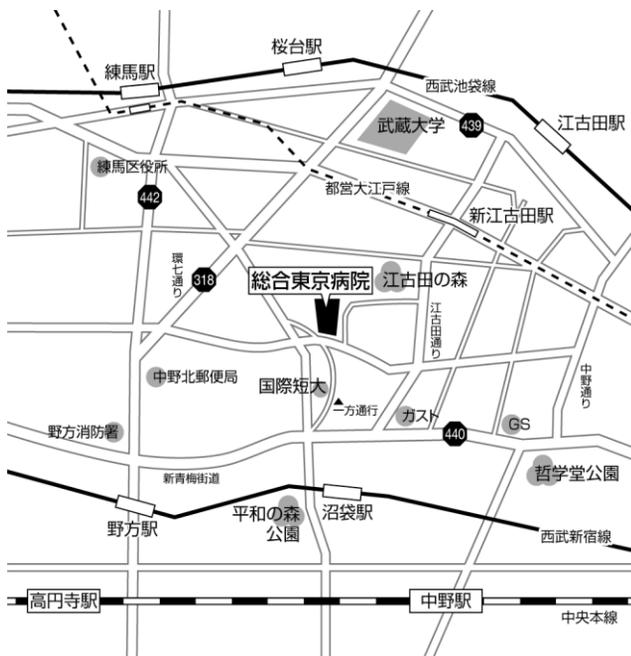
検査予約日	年 月 日 ()
	AM 時 分

フリガナ		性別	生年月日
患者氏名	様	M・F	年 月 日 (歳)
住所	〒	電話	

《検査を受けられる患者様へ》 事前にならざるお読みください

検査前	<ul style="list-style-type: none"> ・前日の夕食は夜20:00までに済ませてください。(胃ろうの場合も、注入食は20:00までに済ませてください) ・前日の夜21:00以降は、検査終了まで食事はとれません。(水・お茶は飲んでも構いません) ・狭心症・心筋梗塞・脳梗塞などで血液をサラサラにするお薬(バファリン・パナルジン・ワーファリン・ブラビックス等)をお飲みの方は、かかりつけ医の指示に従ってください。観察のみであれば中止は不要です。 ・次にあげるお薬は、検査当日の起床時にお飲みください。【血圧・心臓・ぜんそく・ステロイド剤・抗てんかん薬】 朝食はとれませんが、安全に検査を受けて頂くためです。 ・糖尿病のお薬をお飲みの方は、飲まずにお持ちください。インシュリン注射をされている方は、事前にかかりつけ医に注射の量を確認してください。 ・妊娠中の方、歯科の麻酔や局所麻酔で気分が悪くなったことがある方、アレルギー症状が出たことがある方は、事前にお申し出ください。 ・鎮静剤(ねむり薬)を希望される方は、当日ご自身での車・バイク・自転車等の運転はできません。(希望されなければ通常検査では使用しません)
検査中	<ul style="list-style-type: none"> ・腹巻・ベルト・ガードルなど、お体を締め付けるようなものは外してください。 ・義歯・メガネ・貴金属は検査前にならざる外してください。 ・検査前は消泡剤を服用し、鎮静剤をされる方は検査中の安全を考慮して点滴を行います。 ・詳しくは内視鏡室看護師が説明いたします。
検査後	<ul style="list-style-type: none"> ・咽喉麻酔は1時間程で効果は切れず。鎮痛剤や鎮静剤で、鎮静内視鏡検査(疼痛が少ない)を選択された方は、検査終了後30分ほど休んでいただきます。 ・食事、検査後の注意点については、内視鏡室にて医師・看護師が説明します。

《 総合東京病院 付近案内図 》



- ◆検査当日は、当情報提供書の2枚目(貴院 控え)以外をお持ちになり、30分前に総合受付にお越しください。
- ◆診療の都合上、緊急を要する方を優先する場合がありますので、予めご了承ください。

- 電車 西武新宿線 沼袋駅下車 徒歩10分
- 地下鉄 都営大江戸線 新江古田駅下車 徒歩10分
- バス
 - ・中野駅北口 関東バス①のりば 「中25練馬駅」「中27江古田の森」「中28江古田駅」行「総合東京病院」下車 徒歩0分
 - ・中野駅北口 京王バス①のりば 「中92練馬駅」行「浄風園前」下車 徒歩3分
 - ・練馬駅北口 関東バス⑤のりば 「中25中野駅」「総合東京病院(下徳田橋)」下車 徒歩0分
 - ・練馬駅北口 京王バス②のりば 「中92中野駅」行「浄風園前」下車 徒歩3分
 - ・江古田駅南口 関東バス①のりば 「中28中野駅」行「総合東京病院」下車 徒歩0分

※無料送迎バスもございます。詳細はHPをご覧ください。

〒165-8906 東京都中野区江古田3-15-2
 医療法人財団 健貢会 総合東京病院
 TEL:03-3387-5421(病院代表)
<http://www.tokyo-hospital.com>
 【貴院 控え】